Rok XXXII. Kraków, 30. Września 1893. Nr. 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuja: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. O znaczeniu zmian istoty kitowej beleczków mięsnych serca.

Podał

Prof. Browicz.

(Dok. Patrz Nr. 38).

Budowę tę pręcikowatą, jak ją w swojej pracy nazwałem, zupełnie taką samą, jak ją Przewóski na fig. I. przedstawia, widzieć można, jak już nadmieniłem, bezpośrednio w stanach patologicznych na skrawkach niebarwionych, ze świeżego, niczem nie preparowanego mięśnia sercowego wziętych. Ów rąbek jasny, ostro odgraniczony, jaki na preparatach świeżych, jak podówczas podałem, dostrzega się, z komórką mięsną graniczący, odpowiadałby owej, przez Przewóskiego *stratum granulosum terminale* nazwanej, warstwie. Uwydatnianie się pręcikowato zbudowanej istoty kitowej wyłącznie w tej formie lub też obok istoty kitowej w kształcie wąskiego, jasnego lub szerokiego a na końcach niekiedy zgrubiałego pasma, jakby napęczniałej istoty kitowej, stanowi zdaniem mojem dowód, iż zmiany, jakie spostrzega się wśród istoty kitowej w przypadkach chorobowych w świeżym mięśniu bez udziału jakichkolwiek chemicznych czynników, przedstawiają stan patologiczny, wśród pełnego życia istniejący. Tak samo zaś, jak bez użycia chemicznych czynników w prawidłowym mięśniu sercowym nie uwydatnia się istota kitowa, tak samo nie da się wytłómaczyć uwydatnianie się tej szczególnej budowy istoty kitowej jako następstwa tężcowych skurczów lub stanów przedrażnienia mięśnia sercowego w czasie konania powstać mogących, tem bardziej, gdy się uwzględni, iż istota kitowa w jednym i tym samym mięśniu sercowym w różnych częściach mięśnia a nawet w jednym i tym samym skrawku przedstawia tak różne wejrzenie i tak różne stany obok siebie.

Przeciwko szczegółowi, który dalej skłonił Recklinghausena do przypuszczenia, iż fragmentacya powstaje w czasie konania, mianowicie częstość jej w przypadkach nagłej, gwałtownej śmierci, przemawia spostrzeżenie Tedeschiego (l. c. str. 204), iż w wielu przypadkach nagłej, gwałtownej śmierci (samobójstwa, morderstwa, śmierci z przypadku wogóle) fragmentacyą można wykazać bardzo rzadko.

Na jeden jeszcze szczegół w cytowanej pracy swojej podany zwracam uwagę, t. j. na pojawianie się fragmentacyi ogniskowej (n. p. przypadek 6, 7, 10 i 16 ze statystycznego wykazu) w sercach makroskopowo prawidłowych, nie przedstawiających bynajmniej owej wiotkości, zabarwienia gliniastego tak charakterystycznego w przypadkach, w których można rozpoznać fragmentacyą wolnem okiem a w których dopiero dokładne badanie mikroskopowe wykazuje mniej lub więcej ognisk fragmentacyjnych obok prawidłowej reszty mięśnia sercowego.

Wnioski, do których doszedłem w r. 1889 a które dzisiaj na podstawie dalszych badań potwierdzić muszę w zupełności, opiewają:

1) Uwydatnianie się istoty kitowej, która w niektórych przypadkach w mięśniu sercowym na świeżo badanym jest wyraźną i to w licznych miejscach muskulatury serca a nawet w każdem prawie polu widzenia mikroskopowego, mianowicie w przypadkach, gdzie istota kitowa przedstawia się jakby napęczniała, jako szerokie a nawet prążkowane pasmo, nie jest zjawiskiem pośmiertnem. Uważam je na podstawie poszukiwań swoich jako wstępną fazę rozklejania, jako zmianę patologiczną, jako stan rozluźnienia związku komórek mięsnych pomiędzy sobą. Stan ten istoty kitowej sam przez się wpłynąć może na zdolność czynnościową serca w mniejszym lub większym stopniu.

2) Zmiana ta istoty kitowej posunąć się może aż do zupełnego rozłączenia komórek beleczki mięśnia sercowego tworzących a nawet do zupełnej zmiany budowy beleczkowej, do zupełnego nieładu w ugrupowaniu komórek mięsnych. Stan ten powstaje za życia; za tem przemawiają przypadki, w których już n. p. w 12 godzin po śmierci rozklejenie stwierdzić się dało (jakkolwiek nie udało się mnie pochwycić obrazu tego w wcześniejszym okresie pośmiertnym) a jako

dowód twierdzenia tego uważam wykazane wybroczyny mikroskopowe wśród mięśnia okazującego rozklejenie, jako też wynik badań serc wyjętych ze zwłok i badanych w różnych odstępach czasu od chwili śmierci.

3) Rozklejenie się komórek w skład beleczków mięsnych wchodzących może zająć rozległe przestrzenie muskulatury serca a wtedy staje się przyczyną niezdolności czynnościowej serca i nagłej śmierci.

4) Rozklejenie się to ograniczyć się może do pojedynczych tylko ognisk, części muskulatury a wtedy staje się przyczyną niedoskurczu różnego stopnia.

5) Rozklejenie się owe jest zmianą patologiczną wcale częstą, jak to wskazuje wykaz statystyczny powyżej podany. Na 42 badanych przypadków spotykamy się w 14 z rozklejeniem rozległem a w 4 z ogniskowem.

6) Rozklejenie się komórek powstać może w sercu, w którym utkanie mięśnia sercowego innych zmian nie przedstawia, gdzie tak naczynia a mianowicie tętnice sercowe, jakoteż tkanka łączna podścieliskowa a nawet komórki mięsne nie przedstawiają żadnych zmian.

7) Powstać ono jednakże może obok zwyrodnienia czy to ostrego czy też tłuszczowego komórek mięsnych lub też obok zwyrodnienia włóknistego ogniskowego (*myocarditis fibrosa*) tak w ścianie serca, jakoteż w mięśniach brodawkowych.

8) Rozklejenie ogniskowe może być prawdopodobnie przyczyną pęknięcia serca, jak Robin (l. c.) przypuszcza.

9) Niemniej tworzyć ono prawdopodobnie może przyczynę, podobnie jak zmiany tętnic wieńcowych serca, zwyrodnienia włóknistego ogniskowego.

Co do ostatniego punktu jestem przekonany, iż w niejednym przypadku t. zw. *myocarditis fibrosa disseminata*, w których nie można wykazać żadnej zmiany w tętnicach ani nawet ich zatkania, zwyrodnienie włókniste jest ostatecznym wynikiem ogniskowej fragmentacyi; po zupełnem rozejściu się bowiem w ogniskach ograniczonych komórek mięsnych, który to stan wyrównać się nie może, luki ztąd w mięśniu powstałe wypełnić się muszą tkanką łączną, na co zdaje się i Küster wskazywać (Rozprawy X. zjazdu międzynarodowego. T. III, część 3, str. 86).

Co się tyczy wieku, w którym fragmentacya pojawiać się zwykła, zgadzam się na podstawie licznych badań, na co już w dyskusyi nad tematem o zmianach mięśnia sercowego na X. międzynarodowym kongresie (l. c. str. 86) wskazywałem, z Tedeschim, którego rezultaty w ogólności zgadzają się z moimi, iż jakkolwiek badania co do fragmentacyi u dzieci w pierwszych latach życia wykazują wynik ujemny, nie można razem z Renautem a po części z Lanceraux twierdzić, jakoby zmiany spostrzegane wśród istoty kitowej były wyrazem starczego stanu (*involutio senilis*). Jakkolwiek bowiem bardzo często spotykamy zmiany te u starców, nierzadko znajdują się one także w wieku młodszym.

Zestawiając wyniki swoich dotychczasowych badań muszę ściśle rozróżnić stany uwydatniania się istoty kitowej tak różne, jak wspomniałem, w stanie patologicznym wejrzenie przedstawiającej, co już w mięśniu świeżym widzieć można bez użycia żadnych skomplikowanych metod badania, od stanu rozklejenia się beleczków mięsnych, rozdzielenia się komórek mięsnych, do którego stadyum jedynie nazwę fragmentacyi stósować się powinno (nazwa *fragmentacya* jest nazwą zbiorową).

Jako pierwsze, początkowe stadyum patologicznej zmiany istoty kitowej uważam uwydatnianie się pręcikowatej, jak ją w r. 1889 nazwałem, budowy istoty kitowej. (Tak samo jak pod wpływem chemicznych czynników możemy sztucznie granice komórek uwydatnić lub rozdzielić komórki i rozkleić beleczki mięsne, tak samo w stwardniałym mięśniu za użyciem właściwej metody barwienia można sztucznie uwydatnić właściwą budowę istoty kitowej, jak to wynika z poszukiwań Przewóskiego).

Jako drugie, dalsze stadyum, niekiedy w tym samym mięśniu obok pierwszego dostrzegalne, uważam owo jednolite, jakby napęczniałe wejrzenie tej istoty, co prowadzić może do stadyum końcowego, zupełnego rozklejenia, właściwej fragmentacyi, co stósownie do tego, czy zajmuje większe lub mniejsze obszary (ogniska) mięśnia surowego, musi wywierać różny wpływ na zdolność czynnościową serca.

To końcowe stadyum, rozklejenie zupełne a nawet nieład w ugrupowaniu komórek mięsnych, co, jeżeli odnosi się do znacznych partyj mięśnia sercowego, naturalnie dalsze życie czyni niemożebnem, powstaje, zdaniem mojem, jako wynik kurczenia się pęczków mięsnych o prawidłowym stanie istoty kitowej, gdyż nawet w przypadkach najrozleglejszych zmian chorobowych wogóle zawsze znajdują się prawidłowe lub przynajmniej mało zmienione elementa komórkowe lub partye tkanki. Stan ten czynny prawidłowych pęczków mięsnych może sprowadzić zupełne rozdzielenie komórek mięsnych, których związek w różnym stopniu i na różnym obszarze mięśnia sercowego już jest rozluźnionym, podobnie, jak to się dzieje w mięśniach tułowia, jakoteż mięśniu sercowym w razie woskowego lub szklistego zwyrodnienia (przypadki niewłaściwej, wrzekomej fragmentacyi) z tą różnicą, iż w przypadku prawidłowych lub nieznacznie w swych własnościach fizycznych zmienionych komórek mięsnych a głównej siedziby zmiany w istocie kitowej, rozdzielenie, rozkawałkowanie, niejako zmiażdżenie mikroskopowe mięśnia powstaje w obrębie połączenia komórek ze sobą, wśród istoty kitowej.

Czy i o ile te wśród mięśnia sercowego powstające mikroskopowe i makroskopowe zmiany klinicznie zużytkować można, jak to twierdzą Renaut i Mollard (*De la myocardite segmentaire essentielle et principalement de la forme senile de cette affection. Lyon. 1889*), nie przesądzam wcale.

Sierpień. 1893.

II. Cholera i makowiec.

Fragment terapeutyczny.

Skreślił

Dr. Ludwik Kadler.

Niema zaiste drugiej nauki tak chwiejnej, jak nasze lecznictwo. Dziś uznany środek traci, wyrażając się przez hiperbolę, już nieraz przez jednę noc, swoję popularność. Dola ta spotyka nawet środki nieomylnej niby cnoty, kanonizowane przez kapłanów całych stuleci. Za dowód posłużyć może makowiec, przeciw któremu w ostatnich czasach poczęły się podnosić u nas wrogie głosy powołanych i niepowołanych, zaprzeczające nietylko jego skuteczności w biegunce cholerycznej, ale nawet przypisujące mu działanie szkodliwe. Krok jeszcze dalej a z nader skromnego zastępu głównych naszych potęg leczniczych wyparte zostaną: chinina, rtęć i t. p. Czy jednak usuwanie takich środków,

o skuteczności których przekonały nas doświadczenia i spostrzeżenia kliniczne całych stuleci, jest pożytecznem dla nauki, czy porzucanie dawnych wiernych i wypróbowanych przyjaciół, dla nowych, nie tak pewnych, przyniesie korzyść chorym? pozwalamy sobie wątpić.

Makowiec, którego nieocenione własności wogóle przed tysiącem już lat uznali Arabowie i Avicenna, ów książę lekarzy, wyrocznia umiejętności lekarskich wieków średnich, uchodził już oddawna w Indyach za najlepszy środek przeciw cholerze. W Europie, między wszystkiemi środkami przeciw cholerze używanemi, zyskał on sobie największą wziętość. Klinicy tej miary, jak: Dietl, Skoda, Oppolzer, Niemeyer, Lebert, Griesinger, Rossbach, Drasche, Haller, Kunze i ogół niemal znanych w świecie naukowym lekarzy i mających zasłużoną wziętość praktyków, używali go z najlepszym skutkiem. Tak zwane krople od cholery, cieszące się taką popularnością i znajdujące się już gotowe w każdej aptece, zawdzięczają swą skuteczność jedynie makowcowi.

„Użycie kropli przeciwcholerycznych“, powiada Niemeyer, „bez szczegółowej ordynacyi lekarza dlatego jest dozwolone, że makowiec jest jednym z najskuteczniejszych środków przeciw biegunce cholerycznej i że działanie jego tem pewniejsze, im przypadek świeższy“.

Prof. Dietl z Krakowa, jeden z najdzielniejszych kliników bieżącego stulecia, ścisły i bystry badacz, pozytywista w kwestyach terapeutycznych a zarazem sceptyk, w wykładzie swoim klinicznym o cholerze powiada: „W początku cholery, w pierwszym jej okresie, wystarcza w każdym prawie przypadku *opium* przy ścisłej dyecie do wstrzymania biegunki i wyleczenia chorego“ (s. 62).

John Macpherson, jeneralny inspektor szpitali angielskich armii Bengalskiej, b. naczelny lekarz szpitala w Kalkucie [1]), na zasadzie licznych spostrzeżeń, jakie poczynił w ojczyźnie cholery, powiada (s. 119): „Większość praktyków uznała makowiec w pierwszym okresie cholery za zbawienny, własne zaś moje spostrzeżenia potwierdziły cudowne działanie tego środka, którego jednak, aby był skutecznym, trzeba używać wcześnie. Jeśli jestem przekonany, powiada, że kiedykolwiek przez podanie pełnej dawki chininy zdołałem powstrzymać napad zimnicy, to również jestem pewny, że przez podanie pełnej dawki makowca powstrzymywałem w wielu razach napad cholery“.

Prof. Oser [2]), w odczycie swym wypowiedzianym w Towarzystwie lekarskiem wiedeńskiem w październiku 1886 r., radzi w najlżejszych nawet biegunkach cholerycznych makowiec w nie za słabych dawkach. Zredagowany z polecenia ministra oświaty przez znakomitych klinikow wiedeńskich traktat *O leczeniu cholery*, zaleca w biegunce cholerycznej „odpowiednie dawki makowca, najlepiej nalewkę z herbatą lub rumem, koniakiem, arakiem“.

Prof. Eichhorst, którego klasyczny *Podręcznik szczegółowej patologii i terapii* przełożono na wiele języków europejskich, zaleca również w biegunce cholerycznej *Tinct. opii simpl.* wraz z *Tinct. valerian. aetherea.*

[1]) Macpherson: Die Cholera in ihrer Heimat mit einer Skizze ihrer Pathologie und Therapie. Erlangen. 1867.

[2]) Vorträge über Cholera asiatica gehalten in den wissenschaftlichen Versammlungen des Wiener Medicinischen Doctoren-Collegiums im October 1886.

W Hamburgu za radą powag lekarskich, stojących na świeczniku nauki, jak donosi *Reichsanzeiger* z 30. sierpnia r. z., minister robót publicznych rozkazał rozdać konduktorom kolejowym nalewkę opiową, z poleceniem podawania jej osobom zapadającym na cholerę w czasie podróży.

Przed laty jeszcze prof. Lebert (*Ziemssenns Handbuch* s. 411) radził, aby podczas epidemii cholery środki lekarskie, zawierające opium, znajdywały się „w rękach nawet nielekarzy, właścicieli i zawiadowców wielkich fabryk, warsztatów, zakładów dobroczynnych, oddziałów wojsk a to dla udzielenia ich natychmiast chorym na biegunkę“ [1]).

Lecz nietylko spostrzeżenia kliniczne, ale i doświadczenia bakteryologiczne przemawiają na korzyść makowca. Między innymi Ermenghem [2]) wykazał, że laseczniki choleryczne po 30 minutach utracają swą żywotność w roztworze makowca 1 : 100. Własne moje spostrzeżenia, jakie miałem sposobność poczynić jako lekarz ordynujący w szpitalu cholerycznym podczas dwóch epidemij cholery w r. 1866 i 1867, potwierdzają w zupełności powyższe wyniki.

Makowiec powstrzymuje nietylko ruchy robaczkowe, ale być może i przesączanie, mające za podstawę tło nerwowe. Obniża on drażliwość włókien mięśniowych jelit i ogranicza wydzielanie treści jelit. Zgadzam się też w zupełności z poglądami Finklera, który przypuszcza, że przez zatrzymanie przesięku w jelitach laseczniki giną w swej własnej odżywce, gdyż przy rozkładzie kału rozwijają się saprofity, nie dozwalające rozwijać się lasecznikowi. Karyera więc ich szybko się kończy.

Aby jednak makowiec mógł święcić w całym blasku swe tryumfy w biegunce cholerycznej, potrzeba zadosyć uczynić pewnym wskazaniom. Wiadomo, że pierwszem pobojowiskiem cholery jest przewód pokarmowy. Tu się rozpoczyna burza, tędy przechodzi pierwszy huragan wywołany najściem hord napastniczych. Że zaś najpierwszym warunkiem jest, aby organ cierpiący pozostawał w bezwzględnym spokoju, przeto wskazaną tu jest jak najściślejsza dyeta, bez której usunięcie biegunki cholerycznej byłoby niemożliwem. Zarzuty też czynione przez niektórych lekarzy makowcowi i kwestyonujące jego skuteczność w biegunce cholerycznej, po większej części przypisać należy niezachowaniu dyety. Ze względu przeto, że u takich chorych każdy pokarm i każdy napój powiększa biegunkę, muszą oni poddać się głodowej kuracyi i poprzestać na paru łyżkach rosołu z ryżem lub kaszą, którym mogą się posilać po 3—4 razy dziennie. Dla ugaszenia i tak w tym okresie niezbyt jeszcze powiększonego pragnienia wystarcza od czasu do czasu łyżka przegotowanej i ostudzonej wody. Wszelkie zaś limonady, soki owocowe a w szczególności letnie napary z ziół i korzeni, jak również herbaty, jako łatwo wywołać mogące wymioty, są szkodliwe. Bardzo zimne lub mrożone napoje zwiększają biegunkę. Dobrze jest jednak płukać często usta wodą z lodem lub kwaśnym napojem.

Ażeby przewód pokarmowy zachować w bezwzględnym spokoju, prócz dyety, potrzebny jest spokój ciała. Każdy bowiem ruch, jak chodzenie i t. p., zwiększa ruch robacz-

[1]) Choroby zaraźliwe ostre. T. I. Przekład dzieła: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von prof. Dr. Ziemssen przez prof. Łuczkiewicza.

[2]) Prof. Jaworski: Zestawienie krytyczne szczegółowej profilaktyki i terapii cholery. Kraków. 1892.

kowy jelit a tym sposobem i biegunkę; spokojne zaś leżenie w łóżku w jednostajnej ciepłocie ułatwia najprędzej przeziew skóry i wsiąkanie płynu w jelitach.

Lekarz powinien więc stanowczo nalegać na to, aby dotknięty biegunką choleryczną mimo tego, że się najczęściej za chorego nie chce uważać, położył się do łóżka i pozostawał w niem, dopóki biegunka w zupełności nie ustąpi. Okoliczność, że biegunka taka po kilku lub kilkunastu godzinach może rozwinąć się w napad cholery, grożący niemal niechybną śmiercią, niechaj będzie przestrogą dla lekkomyślnych lub nieposłusznych.

W akcyi ratunkowej ważną rolę odgrywają kataplazmy lub okłady ciepłe na brzuch, lub też okłady z zimnej wody pokryte suchem prześcieradłem i pozostawione na dłuższy czas.

Działanie ich terapeutyczne tłómaczy nam znana powszechnie okoliczność, że pod wpływem wilgotnego ciepła nietylko przesięki i wysięki płynne ulegają wessaniu, ale zbite wypociny rozpulchniają się i w sprzyjających warunkach resorbują.

Uwzględniwszy powyższe okoliczności, można dopiero przystąpić z całem zaufaniem do podania makowca i liczyć na jego działanie. Ażeby jednak makowiec działał, musi być wcześnie podany. Opóźnienie jakiejś pół godziny, może uczynić użycie podanego środka bezskutecznem.

Zamiast makowca podawałem zwykle nalewkę (*tinct. opii simpl.*) po 10 kropli, w gwałtownych zaś razach po 15—20 co 1—3 godziny, w miarę zaś zmniejszania się biegunki w dłuższych przestankach. O wysokości dawki i przestankach, w jakich należy je zadawać, orzeka ostatecznie wejrzenie i obfitość wypróżnień, jak i badanie przewodu jelitowego. Na te też okoliczności winien lekarz baczną zwracać uwagę.

Proszków Dowera nie używałem a to z przyczyny, że w jakiej takiej drażliwości żołądka wywołują one wymioty a w ślad za temi i napad cholery.

W uporczywych przypadkach bardzo pomocnemi okazały się lawatywy ze *120·0—150·0 decoct. salep*, *4—8·0 amylum* i *5—20 gtt. tinct. opii simpl.*, po dwie do trzech dziennie.

W ten sposób postępując, udawało mi się zwykle w przeciągu 1—3 dni powstrzymać biegunkę choleryczną i zażegnać dalszy rozwój cholery.

Wogóle w leczeniu biegunki cholerycznej makowcem, nie należy obawiać się dużych dawek, które jedynie mogą przynieść nam pożytek i które chorzy dobrze znoszą. Lepiej już niech chory wskutek dużych dawek uskarża się na zajęcie głowy, niż gdyby z powodu użycia zbyt małych dawek miał się rozwinąć u niego napad cholery. Zresztą i w tak zazwyczaj upośledzonej resorpcyi uboczne te objawy niesłychanie rzadko się pojawiają. Trwożliwość więc tu jest zupełnie zbyteczna; wstręt do makowca zaś, jak wogóle w terapii, tak tembardziej wobec cholery, szkodliwy.

O działaniu pomyślnem makowca w biegunce cholerycznej miałem sposobność przekonać się nietylko na wielu setkach chorych, ale i na sobie samym. Żadne też teoretyczne spekulacye laboratoryjne nie zdołają zdyskredytować środka, który ma za sobą powagę niezliczonych faktów klinicznych, potwierdzonych przez całe zastępy wielkich badaczy. Makowiec rozstrzyga o losie chorego. Od umiejętności, z jaką go lekarz stósuje, zależy skutek. Słusznie też Sydenham powiedział, że bez makowca przestałaby istnieć sztuka lekarska i że lekarz umiejętnie władający makowcem, może niezaprzeczenie dokonywać cudów. Ma ten środek odrębne stanowisko i nie można go niczem zastąpić. Kto go umie używać właściwie, jest niewątpliwie mistrzem w sztuce leczenia.

III. Z zakładu dla patologii ogólnej i doświadczalnej prof. Strickera w Wiedniu.

O resorpcyi ciał nierozpuszczalnych z jam surowiczych.

Napisał

Dr. A. Beck.

(Dok. Patrz Nr. 38.)

Badanie narządów a szczególnie wątroby, na którą największą zwracałem uwagę, wykazało, że wątroba jest miejscem, w którem ciała znajdujące się w obiegu krwi znaleść można z pewnością. Zdaje się, że narząd ten nietylko tworzy magazyn dla nagromadzenia się ciał, które się tu dostają przez układ żyły wrotnej, lecz że zatrzymują się także tu w wielkiej części ciała krążące w dużem kole, prawdopodobnie wskutek zwolnienia krążenia krwi w rozgałęzieniach tętnicy wątrobowej. Podobnie i w śledzionie i w nerce, jak pouczyły mię preparaty, znajdywały się ciała te w dość znacznej ilości. Skrawki sporządzone z wątroby okazywały rozmaite obrazy stósownie do trwania doświadczenia. Jeżeli zwierzę zabijano po upływie 1—3 godzin po wstrzyknięciu do jamy brzusznej, to w preparatach nie znajdywano ani śladu wstrzykniętych substancyj. Im dłużej trwała resorpcya, tem więcej znajdywano wessanego ciała w preparatach a w jednem doświadczeniu, w którem pozostawiono królika po wstrzyknięciu cynobru do jamy brzusznej przez 5 dni przy życiu, zawierała wątroba tyle tej substancyi, że naczynia włosowate miały wejrzenie, jak gdyby je nastrzykano cynobrem.

Do wykazania w preparatach narządów ciał wprowadzonych do jamy otrzewnowej okazały się cynober a w drugim rzędzie karmin jako najstósowniejsze. Szczególnie cynober, który z powodu większego ciężaru wprawdzie trudniej ulega wessaniu, zato tem łatwiej zostaje złożony w naczyniach włosowatych tkanek; wykazanie zaś tego ciała dzięki własnościom optycznym, po których można go pod mikroskopem rozeznać, udaje się z nadzwyczajną łatwością. Jak bowiem wiadomo, ziarnka cynobru pod mikroskopem są w świetle przepuszczającem czarne, w świetle wpadającem zaś (po usunięciu dolnych promieni przez skręcenie zwierciadła) wyglądają czerwono i przybierają połysk ognisty. Własność ta pozwala odróżnić z łatwością ziarnko cynobru od innych ciał barwy czarnej, n. p. barwika, który w wątrobie znajduje się bardzo często.

Tak w preparatach wątroby, jak również nerki i śledziony występowały ziarnka cynobru, jak wspomniałem, w naczyniach włosowatych; w preparatach nerki, przeważnie w kłębkach Malpighiusza. Że wstrzyknięte ciała dostały się tu tylko przez krążenie, pod tym względem nie pozostawia obraz preparatów żadnej wątpliwości. Tylko w jednym przypadku, w którym doświadczenie trwało 3½ dnia, spostrzegłem pod powierzchnią wątroby i na jednem miejscu ściany brzusznej pod otrzewną nagromadzenie się cynobru,

które miało wejrzenie, jak gdyby cynober wprost dostał się tu z jamy brzusznej. I rzeczywiście preparaty wątroby okazywały posuwanie się ziarnek cynobru z powierzchni wątroby w głąb. Było to jednak jedyne doświadczenie, w którem można było wykazać tego rodzaju wnikanie cynobru do wątroby; we wszystkich innych znalazłem równe rozdzielenie substancyi wprowadzonej do jamy brzusznej w wszystkich preparatach bez względu na to, z której części wątroby preparaty sporządzono i nie mogłem nigdy dostrzedz z wyjątkiem wymienionego przypadku, znaczniejszego nagromadzenia się tych substancyj pod powierzchnią wątroby.

Z tego powodu nie mogę się przychylić do zapatrywania się Cassaeta, jakoby ciała wprowadzone do jamy brzusznej wnikały bezpośrednio w tkankę narządów brzusznych. Owszem wszystkie dotąd opisane doświadczenia przemawiają zgodnie za tem, że substancye stałe, nierozpuszczalne, wprowadzone do jamy brzusznej, dostają się do narządów tylko pośrednio przez układ naczyń limfatycznych i krwionośnych, że zatem mamy tu do czynienia z sprawą wessania w ścisłem tego słowa znaczeniu.

II.

Resorpcya z jamy opłucnowej.

Z wielu stron zaprzeczano, jakoby ciała stałe z klatki piersiowej mogły uledz wessaniu. Gdy Dybkowski, jak widać z krótkiego sprawozdania na wstępie umieszczonego, przyjmuje resorpcyę z klatki piersiowej, zaprzeczał Affanasiew jej istnienia; Fleiner zaś obserwował wessanie tuszu lub krwi z opłucny tylko aż do odpowiednich gruczołów limfatycznych, gdy limfa przewodu piersiowego (podczas sekcyi zwierzęcia badanego) była wolną od ciała wstrzykniętego.

Doświadczenia, w których podobnie, jak w doświadczeniach mających na celu zbadanie wessania z jamy otrzewnowej, nie ograniczałem się tylko na wykazaniu wstąpienia do naczyń limfatycznych ciała wprowadzonego do klatki piersiowej, lecz także szukałem go w limfie przewodu piersiowego, we krwi dużego krążenia i w narządach ciała, doprowadziły mnie do zupełnie odmiennych rezultatów.

Urządzenie doświadczeń było w głównych zarysach takie samo, jak opisane w poprzedniej części niniejszej pracy. Starałem się w pierwszym rzędzie za pomocą posrebrzania piersiowej powierzchni środka ścięgnistego, jak również opłucny żebrowej przekonać się, czy istnieją tu komunikacye pomiędzy naczyniami limfatycznemi a jamą opłucnową. W drugiej seryi doświadczeń wprowadzałem królikom i psom do jednej jamy opłucnowej jedno z wspomnionych ciał (karmin, cynober, pył węglowy, skrobia, oliwa zabarwiona alkaną), którego następnie szukałem w naczyniach limfatycznych opłucnej, w krwi i w narządach (w płucu, wątrobie, nerce i śledzionie). Oprócz tego wykonywałem także takie doświadczenia, w których zbierałem i badałem mikroskopowo limfę przewodu piersiowego, w celu oznaczenia czasu, w którym zjawiają się pierwsze ślady substancyi wessanej z klatki piersiowej.

Ze względu na podobieństwo, jakie doświadczenia te miały do doświadczeń z wessaniem ciał stałych z jamy brzusznej, nie będziemy się długo zastanawiali nad sposobem ich urządzenia i przebiegiem, lecz ograniczymy się tu do krótkiego zestawienia wyników, których dostarczyły mi te badania.

W wielkiej liczbie preparatów, które sporządziłem z przepony różnych zwierząt (świnki morskie, króliki, psy, koty) przez działanie rozczynem azotanu srebrowego na jej powierzchnię opłucnową, nie mogłem nigdy znaleść otwartych komunikacyj między klatką piersiową a naczyniami limfatycznemi przepony, owych przewodów wysłanych śródbłonkiem, jakie wykazałem po stronie brzusznej środka ścięgnistego. Zgadza się to najzupełniej ze spostrzeżeniem, o którem będzie mowa, że po wprowadzeniu różnych substancyj do klatki piersiowej naczynia limfatyczne przepony wcale nie wypełniają się temi substancyami. Jeżeli przytem zważymy, że pomiędzy komórkami śródbłonkowemi powierzchni piersiowej środka ścięgnistego znajdujemy zupełnie takie same twory, jakie Recklinghausen i Oedmasson opisali jako *stomata*, musimy koniecznie nabrać przekonania, że ani owych czarnych plam, występujących po posrebrzeniu pomiędzy komórkami śródbłonkowemi, ani białych okrągławych pól nie możemy uważać za twory prowadzące do światła naczyń limfatycznych. Albowiem, gdyby to rzeczywiście były komunikacye między jamą opłucnową a naczyniami limfatycznemi przepony, musiałyby te ostatnie wypełniać się substancyami wprowadzonemi do klatki piersiowej: tymczasem rzecz ma się zupełnie inaczej. Naczynia limfatyczne przepony tworzą układ, który wyłącznie komunikuje z jamą otrzewnową i do którego dostają się tylko substancye z jamy otrzewnowej wessane.

W klatce piersiowej znajduje się osobna sieć naczyń limfatycznych, która z naczyniami przepony wcale nie jest w związku, mianowicie jak już wykazali Dybkowski i Fleiner, w opłucny ściennej (*pleura parietalis*) i w opłucny śródpiersiowej (*pleura mediastinalis*). Po wprowadzeniu różnych substancyj do jednej strony klatki piersiowej, do czego posługiwałem się głównie cynobrem i delikatnym pyłem węglowym roztartym z oliwą, w niektórych doświadczeniach także krwią, skrobią, karminem i oliwą zabarwioną za pomocą alkany, znajdywałem sieć naczyń limfatycznych tak w opłucny żebrowej jak i w wśródpiersiu, stósownie do trwania doświadczenia i rodzaju substancyi wprowadzonej, mniej lub więcej wypełnione. Nie udało mi się jednak na opłucny żebrowej wykryć prawdziwych *stomata*, jak również znaleść drogi, którędy ciała wprowadzone do klatki piersiowej dostają się do sieci naczyń limfatycznych. Jest bowiem rzeczą nader trudną po posrebrzeniu opłucny żebrowej, oddzielić ją razem z tkanką podopłucnową od ściany klatki piersiowej, jak tego potrzeba w celu przygotowania do badania mikroskopowego, nie naciągając ani nie rozrywając błony samej i naczyń limfatycznych. Każde zaś naciągnięcie zmienia w znacznym stopniu prawidłowy obraz mikroskopowy. Z tego powodu przestałem na razie szukać otworów w opłucny żebrowej i śródpiersiowej i zająłem się głównie śledzeniem ciał wprowadzonych do jamy opłucnowej w obiegu krwi i narządach.

Jak już na wstępie podałem, postępowali autorowie za resorpcyą ciał stałych z klatki piersiowej tylko do dróg limfatycznych i istnieje przypuszczenie, że ciała wessane, dostawszy się do gruczołów limfatycznych, w nich się zatrzymują. Gruczoły limfatyczne tworzą, według tego przypuszczenia, rodzaj sączka, który przeszkadza przejściu tych ciał do ogólnego obiegu. Wypadki z moich doświadczeń niezupełnie są zgodne z tem zapatrywaniem się. W dwóch doświadczeniach, z których w jednem wprowadziłem do jednej jamy opłucnowej krew ptasią, w drugiem karmin w zawie-

sinie wodnej, udało mi się, prawda, że po upływie względnie długiego czasu (koło 6 godzin), ślady tych ciał wykazać w limfie wypływającej z przewodu piersiowego. Ponieważ według doświadczeń Dybkowskiego i Fleinera wnikanie do naczyń limfatycznych substancyj wprowadzonych do klatki piersiowej odbywa się dość szybko a nawet wystarcza kilka głębszych oddechów, aby substancye te wpędzić do pierwszych dróg limfatycznych, zdaje się, że rzeczywiście gruczoły limfatyczne są przyczyną zwolnienia resorpcyi. Zwolnieniu temu przypisać też musimy to, że w doświadczeniach innych autorów, w których zabijano zwierzęta za wcześnie (Fleiner zabijał je w 5—45 minut po wstrzyknięciu tuszu lub krwi do klatki piersiowej), nie znajdywano wstrzykniętych do jamy opłucnowej substancyj w obiegu krwi ani nawet w przewodzie piersiowym. W doświadczeniach moich zwierzęta pozostawały przy życiu przynajmniej 2 godziny, zazwyczaj jednak 24 godzin a czasem nawet do 4 dni.

W ciągu tego czasu badałem często krew a po zabiciu zwierzęcia otwierałem przede wszystkiem jamę brzuszną, aby przed wydobyciem się substancyi wstrzykniętej z klatki piersiowej wyciąć kawałeczki z wątroby, nerki i śledziony w celu badania na świeżo i przygotowania z nich preparatów stałych. Dopiero, gdy kawałeczki te wyjąłem i badanie na świeżo ukończyłem, otwierałem klatkę piersiową, badałem krew z serca prawego i lewego, jakoteż opłucną i płuco.

We krwi wziętej ze zwierzęcia żywego, udało mi się raz jeden tylko w doświadczeniu, które trwało 4 dni, wykazać obecność cynobru wstrzykniętego do klatki piersiowej; w wszystkich innych doświadczeniach krócej trwających badanie krwi dawało wynik ujemny. Pochodzi to prawdopodobnie ztąd, że wessanie z klatki piersiowej odbywa się jeszcze wolniej, niż z jamy brzusznej. Zato można było ciało wprowadzone do klatki piersiowej z wszelką pewnością odnaleść w naczyniach włosowatych wątroby, nerki i śledziony, jeżeli zwierzę żyło przynajmniej 10 godzin po injekcyi. Jeżeli zwierzę zabito zawczasu (w 2—3 godzin), to ani śladu, ciała wstrzykniętego nie znalazłem w organach; w miarę zaś dłuższego trwania doświadczenia ilość substancyi w tych narządach złożonej była większa.

Obecność ciał stałych wprowadzonych do klatki piersiowej w wątrobie, nerce i śledzionie, nie pozostawia już chyba żadnej wątpliwości, że ciała te dostały się tu tylko przez obieg krwi. O bezpośredniem wędrowaniu ciał tych przez przeponę nikt nie może myśleć wobec tego, że przepona jest zupełnie od nich wolną. Wreszcie okoliczność, że w doświadczeniach, w których zbierałem limfę z przewodu piersiowego a zatem wykluczałem zupełnie u zwierzęcia krążenie limfy do krwi, nie mogłem we krwi ani w narządach znaleść substancyj wprowadzonych do jamy brzusznej lub opłucnowej, stanowi jeden dowód więcej, że resorpcya ciał stałych z obu tych jam odbywa się jedynie i wyłącznie za pośrednictwem układu limfatycznego.

Że pewna część ciał wessanych, czy to z jamy brzusznej czy też z klatki piersiowej, w czasie gdy już dostały się za pośrednictwem naczyń limfatycznych do układu krwionośnego, zostaje pochłonięta przez leukocyty, jest rzeczą prawdopodobną a nawet bardzo przemawiają za tem znane doświadczenia z wprowadzeniem substancyj sproszkowanych wprost do krwi. Jednakże na podstawie dotychczasowych doświadczeń nie mamy prawa do przypuszczenia, jakoby sprawa resorpcyi ciał stałych z jam surowiczych polegała tylko na fagocytozie.

Tak jak w badaniach eksperymentalnych ciałka krwi, cynobru i inne dostają się wolne z jam surowiczych do limfy, tak bez wątpienia w przebiegu spraw chorobowych ciałka krwi wynaczynionej lub składniki morfotyczne wysięków zapalnych mogą z jam surowiczych bez współudziału leukocytów uledz wessaniu wszedłszy przez odpowiednie komunikacye do naczyń limfatycznych, skąd się dopiero dostają do ogólnego obiegu krwi.

Inaczej rzecz się ma z płynami i ciałami rozpuszczalnemi. Te, jak badania Notkina wykazały, dostają się przez dyfuzyę do naczyń krwionośnych włosowatych; ulegają więc wprost wessaniu z ominięciem układu limfatycznego.

Kończąc niniejszą pracę, uważam za miły obowiązek złożenie wyrazów wdzięczności p. prof. S. Strickerowi za pozwolenie korzystania z obfitego materyału i za cenne wskazówki, których mi nie szczędził w ciągu tej pracy.

IV. Oceny i sprawozdania.

Terapia.

Borówka (*vaccinium myrtillus*) **w lecznictwie.**

Na tę roślinę, znaną u nas oddawna jako lek ludowy, zwrócono uwagę w ostatnich czasach z kilku stron.

W borówce wykryto następujące składniki chemiczne: kwasy cytrynowy, jabłkowy, garbnikowy, cukier, pektynę, olej, barwik, któremu sok borówkowy prawdopodobnie zawdzięcza działanie przeciwgnilne.

Polecenia terapeutyczne tego środka u nas tak pospolitego podano dotąd jak następuje:

Przeciw rozmaitym rodzajom biegunki, w których makowiec i leki szczmiące były bez skutku, widział Winternitz jeszcze skutecznym odwar borówek, który w ten sposób przyrządza, że nalewa na borówki zimną wodę, gotuje przez 2 godziny, cedzi i pozostawia ciecz w chłodnem miejscu. Z tego odwaru poleca W. wypić 1—3 filiżanek. Odwar działa tu jako środek szczmiący i przeciwfermentacyjny a działanie okazało się dobre nawet w biegunkach u suchotników.

W wiewiórze (tryprze ostrym i przewlekłym) używał Winternitz również odwaru borówczanego w postaci wstrzykiwań w 6 przypadkach z dobrym skutkiem. To działanie wskazuje, że w borówce znajdują się ciała przeciwgnilne.

Przeciw *leukoplakia buccalis* używał Pel z dobrym skutkiem płukań jamy ustnej trzy razy dziennie odwarem borówczanym (250 na 1500, odparować do 750).

Wreszcie przeciw cukrzycy (*diabetes mellitus*) używał R. Weil u 3 chorych z dobrym skutkiem liści borówczanych w postaci odwaru (2 garści na 2 litry wody) lub wyciągu po 1·0 dziennie. Po kilkutygodniowem używaniu tych przetworów i przy stósownej dyecie cukier znikał z moczu.

Ostatecznie często używają w Niemczech i w Szwajcaryi wina borówczanego, wyrabianego w celach leczniczych. Stósowanie borówek w tej postaci wydaje się bardzo racyonalnem, gdyż z przyczyny obecności wyskoku i ciał eterycznych wytworzonych we winie, działanie i wessalność składników leczniczych borówki bywa szybsze i energiczniejsze a działanie przeciwgnilne znaczniejsze. Wino borówczane ma zastósowanie jako dobry środek pomocniczy w leczeniu nieżytów żołądka i jelit, połączonych z biegunką lub skłonnością do niej, w sprawach fermentacyjnych w przewodzie pokarmowym, zwłaszcza u dzieci, jakoteż w cukromoczu i białkomoczu. *J.*

James B. Herrick (w Chicago): **Dyuretyna.**

Prof. Herrick zestawia w pracy swej skutki lecznicze dyuretyny w ten mniej więcej sposób:

1) Dyuretyna działa wprost pobudzająco na przybłonki nerek i jest z tego powodu wskazaną w rozległej puchlinie.

2) Dyuretyna jest znakomitym środkiem w puchlinach powstałych z powodu wad zastawkowych serca a skutkuje nawet wtedy, gdy naparstnica i inne środki wzmacniające czynność serca odmówiły swego działania.

3) Można połączyć korzystnie dyuretynę z naparstnicą i innemi podobnie działającemi środkami.

4) Dyuretyna wpływa prawdopodobnie nietylko na nerki ale i na serce, zwalniając i wzmacniając czynność jego.

5) Środek ten wywiera także korzystny wpływ w niektórych chorobach połączonych z zboczeniami w krążeniu, jak n. p. w zapaleniu mięśnia sercowego (*myocarditis*), w zapaleniu osierdzia, w tętniakach i stwardnieniu tętnic (*arteriosclerosis*), jednakże działanie jego jest tu o wiele niepewniejsze, niż w zboczeniach zastawek serca.

6) W puchlinie będącej następstwem zapalenia nerek można podawać dyuretynę bez obawy zadrażnienia nerek. W przypadkach, w których przybłonek nerkowy uległ już zmianom, dyuretyna wcale nie działa.

7) Na puchlinę skórną (*anasarca*), powstałą skutkiem zboczeń w krążeniu żyły wrotnej, jak również i w przebiegu marskości (*cirrhosis*) wątroby, dyuretyna nie wywiera żadnego wpływu.

8) Niekiedy spostrzega się po zadawaniu dyuretyny wymioty, ból głowy, rozwolnienie, rzadziej wysypkę skórną.

9) Podawać należy dyuretynę w dawce największej 10 grm., w średniej po 5—8 grm. dziennie, po gramie. W połączeniu z środkami nasercowemi zadaje się mniejsze dawki.

10) H. przepisuje dyuretynę w wodzie lub mleku, w pigułkach lub kapsułkach i zaleca unikanie kwasów a zażywanie środka w przerwach pomiędzy ucztami. (*The journal of the american medical association. Chicago. 11. marca 1893*).

B..k.

Przegląd terapeutyczny.

— Wprowadzona do terapii przed niejakim czasem, jako połączenie chemiczne ściśle określone, antyseptyna jest prostą mięszaniną 85% siarkanu cynkowego, 10% kwasu borowego, tudzież po 2·5% jodku cynku i tymolu.

— Chloryl jest nowym środkiem znieczulającym powstałym ze zmięszania chlorku metylu z chlorkiem etylu i jest płynnym w temperaturze 0°, gdy chlorek metylu wrze w temperaturze już —27° C.; chloryl przeto nie oziębia tak energicznie, jak chlorek metylu i dlatego nadaje się do chirurgii dentystycznej i do małych operacyj.

— K. Gralewski opisuje we *Wraczu* (nr. 25 z r. 1893) trzy przypadki nosacizny u ludzi i to jeden nosacizny ogólnej, dwa zaś nosacizny miejscowej, powstałe przez zarażenie się od przypadku pierwszego, który wkrótce po rozpoznaniu przez autora zakończył się śmiercią. Otóż w obu tych przypadkach nosacizny miejscowej po otworzeniu i zdesinfekcyonowaniu ropni, użył autor z najlepszym skutkiem szaruchy po 4 gramy dziennie (razem w jednym 48 gramów, w drugim 200 gramów). Przytej sposobności zwraca autor uwagę na trzy okoliczności: 1) że od chorego pierwszego zaraziło się dwie osoby dorosłe, nie zaraziło się zaś troje dzieci, które z nim razem spały; 2) we wszystkich trzech przypadkach mimo starannego badania nie wykazano żadnych zmian chorobowych w nozdrzach; 3) nie wystąpiło mimo tak długiego używania szaruchy zapalenie właściwe błony śluzowej jamy ustnej (*stomatitis*).

Notatki terapeutyczne.

E. Stern w Mannheimie zwraca uwagę, iż maści w aptekach przyrządzane nie zawsze są jednostajne, że nieraz zawierają w sobie ziarna i grudki i drażnią skórę w sposób niepodobny do wytłómaczenia z działania składników. Przyczyna tkwi w tem, że maści, do których wchodzi proszek, aptekarz przyrządza w ten sposób, że proszek zarabia naprzód z wodą, wyskokiem lub oliwą i dopiero potem dodaje właściwej zaróbki, a ponieważ bardzo wiele chorób skórnych, jak n. p. wyprysk, trądzik (*acne*), czeraki, figówka (*sycosis*), nie znosi nawet najczystszych olejów zwierzęcych i roślinnych, przeto maści w ten sposób przyrządzone nietylko tych chorób skórnych nie leczą, ale po prostu nawet je nieraz pogarszają.

Także i względy techniczne przemawiają za sporządzaniem maści przez bezpośrednie utarcie leku z zaróbką, bo maści takie mają wejrzenie jednolite i składnik skuteczny jest w nich rzeczywiście wszędzie równo rozdzielony, jeżeli oczywiście aptekarz zada sobie pracy.

Jeżeli przeto lekarz chce mieć maści należycie przyrządzone i dobrze działające, winien aptekarzowi wskazać wyraźnie sposób ich przyrządzania polegający na tem, by podstawę maści (a zatem proszek, wyciągi, sole, płyny i t. d.) rozcierano wprost ze zaróbką, oczywiście, jeżeli w ten sposób da się maść zrobić, bo niektóre ciała nie dające się zetrzeć na miał delikatny, jak n. p. resorcynę, trzeba koniecznie naprzód zarobić z ciałem, w którem się rozpuszczają, a potem dopiero dodać właściwej zaróbki.

E. Stern podaje następujące przepisy na przykład:

Maść borowa:

115) Rp. *Acidi borici subtilissime pulverati* *10·00*
Tere exactissime directe cum
Vaselini flavi *90·00*

Maść salicylowa:

116) Rp. *Acidi salicylici subtilissime pulverati* *2·00*
Tere exactissime directe cum
Vaselini flavi *48·00*
Adde
Lanolini *50.00*

Maść glejtowo-borowa:

117) Rp. *Acidi borici subtilissime pulverati* *10·00*
Tere exactissime directe cum
Vaselini flavi
Lanolini *āā 20·00*
Adde
Empl. lithargyri simpl. *50·00*
Leni igne liquefacti.
M. f. ungtum usque ad refrigerationem agitandum.
D. n.

(*Ther. Mtshefte. Lipiec. 1893*).

V. Przyczynki do epidemiologii Wschodu.

Podał

W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37.)

Każdym razem, gdy tylko przedstawia mi się sposobność roztrząsania wschodnich stosunków zdrowotnych, wypada mi zawsze sięgnąć aż ku granicy turecko-perskiej, przebiedz myślą obszerne przestrzenie, by śledząc ustalanie się chorób zakaźnych lub powstawanie ich ognisk w Kurdystanie, Mezopotanii i Chaldei, zanotować, czy też w przeciągu ostatnich paru lat zaszły tam pewne zmiany, dążące ku polepszeniu ogólnych warunków higienicznych? Więc też i obecnie pozostawiając pieczołowitości rządów i władz kompetentnych czuwanie przy dwóch głównych wrotach, jakiemi plaga indyjska zwykle dostaje się do Europy, rozstaniemy się z malowniczemi wybrzeżami Syryi, i zatrzymawszy się

chwilkę przy tak zwanej *Derb - el - Hadż* czyli drodze, jaką muzułmańscy pielgrzymi powracają z Mekki do Małej Azyi, podążymy ocenić obecną sytuacyę miejscowości położonych w pobliżu perskiej zatoki, gdzie od przeszłego roku walczy się ponownie z wybuchami, raz dżumy, to znowu cholery, lub z obu temi chorobami jednocześnie choć w odmiennych zawsze punktach.

Na południe od Damaszku, wpośród licznych dopływów Jordanu, sztucznych kanałów ułatwiających ściek wód górskich, w nieznacznej oddali od syryjskiego pasma Hauran, przez doliny zasiane licznemi wiejskiemi osadami, raz kryjącemi się w cieniu ogrodów lub też znowu ukazaniem się wyniosłej *Phoenix dactylifera* przypominającemi blizkość pustyni rysuje się droga wydeptana stopami wielbłądów i koni, znana z corocznego przejazdu świetnej karawany wiozącej podarki sułtańskie dla grobu proroka i przebywana przez pielgrzymów udających się do Mekki i z powrotem. Od niezbyt dawna, bo od 14 niespełna lat, wkrótce zatem po zamknięciu międzynarodowej konferencyi sanitarnej w Carogrodzie i na wniosek delegatów rządu francuzkiego, ten szlak również uznano za wrota, jakiemi choroby z cechą zakaźną a przedewszystkiem cholera, dostawały się do Syryi i dalszych północnych prowincyi. Przykłady rozwleczenia zarazy tą drogą i przez samych li tylko pielgrzymów, potwierdzono w roku 1871, 1875, 1884 i 1890. Konieczność więc nałożenia sanitarnego hamulca na tę drogę a przynajmniej na pewne części jej przebiegu, stała się kwestyą porządku dziennego w obradach zarządu zdrowia. Dotąd bowiem karawana z pielgrzymami opuściwszy Mekkę i wypocząwszy w Medynie, w liczbie kilku set jezdnych i licznego orszaku pieszych przybłędów, kierowała się do miasta Tebouk, zaznaczającego północną granicę prowincyi arabskiej El-Hedżaz. Ztąd (opłaciwszy się suto Arabom z plemienia Wahabyth, owym sławnym rabusiom pustyni, choć również Muzułmanom, to jednak uważających za jedyną świętość dźwięczne talary Maryi Teresy), ruszano przez Arabię Kamienistą ku miastu Rabbad el Amon, położonemu już na granicy południowej Syryi. Czas potrzebny na przebycie konno tej przestrzeni obliczano na dni 37 w porze letniej a na dni 23, gdy uroczystości muzułmańskie przypadały w innych porach roku. Zwykle tak poważna karawana jest powierzoną kierunkowi jednego z tureckich pałacowych dygnitarzy. Nie brakuje też w niej i lekarzy jużto mających prawo do noszenia tej nazwy, najczęściej jednak domorosłych tylko znachorów, tchnących wielce wygórowanym fanatyzmem. Od chwili bowiem opuszczenia Mekki, aż do własnych zagród, cała ta masa pielgrzymów pozostaje pod wpływem wrażenia, jakiego doznali przy Kaabie i grobie Proroka. Kiedy zaś w ciągu długiej podróży przez pustynie zajdzie jaki przypadek chorobowy, choćby śmierć nawet, jest to uważanem za dar łaski niebios i wszelkie zapobieganie złemu ma się za zbyteczne. — To też piaski pustyni pochłonęły już wiele tego rodzaju ofiar a zwykłe punkta przystanków, wybornie już nasiąknęły pozostawianemi corocznie resztkami pielgrzymich odpadków. W takich więc okolicznościach lekarz pomimo, że Muzułmanin, musi ukrywać swój zawód a przynajmniej unikać natrętnego pośrednictwa. Znalazłby się bowiem w kłopocie, gdyby usiłował działać jako człowiek zawodu; w zasadzie bowiem uważają go pielgrzymi za istotę szkodliwą, dla własnego interesu i przez straszenie podróżnych, wynajdującego pewne stany chorobowe. Więc też za swą niewyrozumiałą natarczywość naraziłby się, co najmniej, na pozostawienie siebie w pustyni.

Z tego też to właśnie powodu sytuacya zdrowotna pielgrzymów w czasie podróży, pozostawała zawsze ukrytą. I tylko wybuch cholery wkrótce po przybyciu karawany do Syryi, był przekonywającym dowodem, że pierwiastek chorobotwórczy wniesiono tą drogą. Zadecydowano więc temu zapobiedz a to tem spieszniej, że część pielgrzymów przybywszy do Damaszku, udaje się do przystani syryjskich nad morzem Śródziemnem wtedy, gdy inna kolumna karawany podąża drogą lądową ku Carogrodowi. Otóż w tym celu wybrano miejscowość zwaną Kaleh Ain Zerka (biblijny Gadd), i tu ustanowiono posterunek sanitarny dla poddawania pielgrzymów kilkodniowej obserwacyi lekarskiej i nie wypuszczano ich z pod dozoru, jak tylko po ścisłem przekonaniu się, że stan zdrowotny między nimi jest w pełni zadawalniającym. Wybrany punkt, oddalony od Damaszku o sześć dni drogi konno, położony przy ostatnich skłonach górskiego pasemka Dżebel Sour i nad rzeczką Zerka a zatem zaopatrzony w dostateczną ilość dobrej wody, zupełnie odpowiada swemu zadaniu, mianowicie gdy przed kilkoma laty zbudowano tu lazaret i jego zarząd powierzono jednemu z lekarzy Europejczyków. Sam posterunek zbudowany nad wybrzeżami rzeczułki, składa się z kilku długich budowli parterowych i wielu namiotów w liczbie stósownej do ilości pielgrzymów, nad którymi czuwa kilku strażników sanitarnych, cztery plutony piechoty z odpowiednią ilością jeźdźców, wysyłanych corocznie z Damaszku na czas powrotu karawany z Mekki. Dzięki więc temu zarządzeniu i z całą surowością stósowanym przepisom sanitarnych ostrożności, potrzebną ze względu na niesforne tłumy pobożnych pątników, udało się zapobiedz, jeżeli nie zupełnie, to przynajmniej w większej części, rozwlekaniu się chorób zakaźnych wyniesionych z Arabii. Wprawdzie i po rekolekcyach sanitarnych w Ain-Zerka zauważono wybuchy cholery w Syryi; to jednakże należy przypisać następnej okoliczności: Powracający pielgrzymi, wiedząc o tem, co ich czeka na granicy syryjskiej, już na parę dni przed przybyciem do posterunku sanitarnego, zaczynają się wymykać ze składu karawany i korzystając z miejscowości przez nikogo niestrzeżonej, cofają się ku Palestynie, by następnie dostać się na wybrzeże morza. W karawanie zaś pozostają ci tylko, co są zmuszeni dążyć dalej na północ. Od czasu wszakże, jak świętej wędrówce towarzyszy oddział wojskowy, podobne zmykanie zdarza się daleko rzadziej. Niemniej jednak byłoby pożądanem, ażeby władze tureckie, zdecydowawszy się na zmianę tradycyjnego powrotu karawan z pielgrzymami z Mekki, ustanowiły szereg posterunków sanitarnych i na zachód od uświęconej *Derb-el-Hadż.* Bo tem jedynie zarządzeniem dałoby się przeprowadzić to, cośmy już zastósowali w roku 1883—84, rozciągając łańcuch posterunków od strony pustyni syryjskiej dla zabezpieczenia północnych obszarów od dostania się dżumy z nad wybrzeży Eufratu. Również byłoby stósownem zaopatrywanie pątników w sanitarne karty podróżne, które polecone przez profesora Prousta, wydały już we Francyi tak pożądany rezultat. Pielgrzym zaopatrzony w podobną kartę i uprzedzony, że wtedy tylko zostanie ona prawomocną, gdy będzie zaopatrzona w pieczęć urzędu sanitarnego w Ain-Zerka, musiałby trzymać się karawany, by uniknąć kary w razie, gdyby mu udowodniono, że umknął przed pod-

daniem się przepisanym ostrożnościom. Do tego jednak potrzeba, ażeby i władze syryjskie zrozumiały całą doniosłość podobnego systemu i poparły go z całą energią, by raz przecie przekonać pielgrzymujących, że przymusowy ich wypoczynek w Ain-Zerka ma jedynie na celu obronę kraju i własnych ich siedzib od zarazy, której cechy i skutki mieli sposobność poznać w okolicach Mekki. Na to jednak długo jeszcze wypadnie czekać pomimo najlepszych chęci władzy centralnej a i wszelkiego poparcia ze strony wielkorządzców Damaszku. (C. d. n.)

VI. Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich.

Podał

Dr. Karol Klecki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38.)

III. dzień zjazdu dnia 13. lipca. Posiedzenie V. o g, 10. rano.

Z powodu choroby Dra Gabryszewskiego zapowiedziany przez niego wykład: O wynikach leczenia operacyjnego gruźlicy stawów i kości (z przedstawieniem chorych) oraz wykład Dra Słapy: O wynikach konserwatywnego leczenia gruźlicy stawów i kości nie mogły dojść do skutku. Żałowano niezmiernie, że dyskusyą nad tą ważną kwestyą musiano odłożyć na kiedyindziej, zwłaszcza, że miała ona być niejako dalszym ciągiem odnośnych obrad zjazdu zeszłorocznego, na którym prof. Obaliński w porozumieniu z prof. Rydygierem tę sprawę poruszył oraz zainicyował zbiorowe badania w tej kwestyi. Na zjeździe zeszłorocznym przedstawiano i roztrząsano wyniki lecznicze w gruźlicy stawów i kości, uzyskane w oddziale szpitalnym prof. Obalińskiego; w roku bieżącym miano przedstawić wyniki lecznicze, otrzymane w klinice chirurgicznej prof. Rydygiera, oraz w oddziale chirurgicznym szpitala dziecinnego św. Ludwika, pozostającym również pod dyrekcyą prof. Rydygiera.

Prof. Rydygier cofa swój zapowiedziany wykład: O wycinaniu włókniaków macicy wobec wielu wykładów, zapowiedzianych przez innych członków zjazdu oraz wobec nielicznego udziału ginekologów w tegorocznym zjeździe chirurgów polskich.

Prof. Rydygier komunikuje członkom zjazdu, że porozumiał się bliżej z kolegami z Warszawy w sprawie umieszczania dokładnych sprawozdań, w *Przeglądzie chirurgicznym*, wydawanym przez Dra Krajewskiego. Po bliższem rozpatrzeniu się w tej sprawie, dochodzi prof. Rydygier do wniosku, że umieszczanie prac zjazdu jako całości we wspomnionym pamiętniku przedstawiałoby pewne trudności i mogłoby być niedogodnem zarówno dla autorów, jako też i dla samego wydawcy. W r. b. pamiętnik zjazdu wyjdzie z pewnością, najpóźniej w październiku; jest więc pożądanem, by autorzy przysyłali swoje wykłady pod adresem sekretarza zjazdu, doc. Dra Bossowskiego w ciągu najbliższych czterech tygodni. Jeśli który wykład nie zostanie w ciągu tego czasu nadesłanym, wydrukuje się go w pamiętniku według notatek stenograficznych. Gdyby fundusze nie pozwoliły wydać w pamiętniku rozpraw zjazdu w całości, prosi prof. Rydygier o upoważnienie ze strony członków zjazdu do zarządzenia odpowiednich skróceń w sprawozdaniach z dyskusyi.

Prof. Obaliński nadmienia, że najdłuższy wykład na tegorocznym zjeździe, t. j. jego własna praca o niedrożności jelit wyjdzie w całości mniej więcej w tym samym czasie, co i pamiętnik zjazdu i prawdopodobnie będzie drukowany w tej samej drukarni; ta okoliczność ułatwi więc wydawnictwo pamiętnika, gdyż będzie można skorzystać z tego samego odbicia.

Dr. Sawicki uprzedza, że nie będzie mógł nadesłać swoich wykładów w ciągu najbliższych 4-ech tygodni, gdyż wybiera się z Krakowa w dalszą podróż na kilka tygodni.

XV. Prof. Pieniążek (z Krakowa): Przypadek raka nagłośni, operowany za pomocą *pharyngotomia subhyoidea.*

Prof. Pieniążek referuje o własnym przypadku raka nagłośni, który przechodził na fałdy nalewkogłośniowe (*plicae aryepiglotticae*) i był operowany już w późnym okresie choroby, t. j. wówczas, gdy cierpienie względnie zaszło daleko. Trzeba było wyciąć całą głośnię aż do dna; ażeby mózd wyciąć wszystkie zajęte przez raka części, połączył prof. Pieniążek *pharyngotomiam subhyoideam* z laryngofisurą; tracheotomii przedtem nie zrobiono. Krwotok podczas operacyi był bardzo znaczny. Wprowadzono duży tampon do *cavum pharyngis* i wciągnięto go ku krtani, pod nim założono kaniulę w *lig. conicum*; chorego żywiono przez sondę, rana się zagoiła i stan po operacyi był wcale dobry. Jak z góry przewidywano, chory po wycięciu nagłośni łykał zupełnie dobrze. W przypadku prof. Pieniążka wystąpiła recydywa dosyć wcześnie; prawdopodobnie przypadek ten dałby się był uratować, gdyby radykalną operacyę wykonano wcześniej, zanim rak tak znacznie się rozprzestrzenił; tymczasem w przypadku tym chory zgłosił się do operacyi zbyt późno. Prof. Pieniążek sądzi, że *pharyngotomia subhyoidea* w przypadkach raka nagłośni jest uzasadniona i może dać dobre wyniki. Niebezpieczeństwo ze spływania krwi do tchawicy można usunąć, operując przy zwieszeniu głowy lub też założywszy kaniulę tamponową. Metoda ta nadaje się tembardziej w przypadkach dobrotliwych nowotworów nagłośni, nie dających się usunąć endolaryngealnie. Operując w powyższy sposób, ma się doskonały przystęp do części chorobowo zmienionych.

XVI. Dr. Sawicki (z Warszawy): O stopie końskiej wskutek zapalenia żył.

Pomimo to, że zapalenie żył jest cierpieniem stósunkowo częstem, powstanie stopy końskiej na tem tle należy do rzadkości. W przypadkach takich oprócz zwykłych objawów występuje charakterystyczny skurcz i nieruchomość palców stopy. Objaw ten polega na skurczu zginacza wspólnego długiego, zginacza palucha długiego i goleniowego tylnego. Zapalenie, szerzące się w sąsiedztwie żył przechodzi na mięśnie i wywołuje w nich ów charakterystyczny skurcz. Leczenie polega w podobnych przypadkach na masowaniu, elektryzowaniu mięśniów przeciwniczych oraz przecięciu ścięgna.

Dr. Sawicki obserwował 2 przypadki stopy końskiej powstałej wskutek zapalenia żył u robotników, zajętych kopaniem ziemi. W przypadku pierwszym wystąpiło zapalenie około żyły *saphenae maj. et minoris* u 30 letniego robotnika; po jakimś czasie stopa przybrała ustawienie stopy końskiej a palce przykurczyły się i pozostawały nieruchome w tem położeniu. Ruchy bierne palców były możliwe, ale bolesne. Również naciskanie na palce było bolesne. Ucisk na masy mięsne łydki nie wywoływał bolu, ale na łydce można było wyraźnie wykazać pewne punkta bolesne, odpowiadające przebiegowi żył. — Chory wypisał się ze szpitala ze znaczną poprawą; chodzenie jednak pozostało bardzo utrudnionem. W drugim podobnym przypadku wystąpiło cierpienie na obydwu nogach; na jednej palce były zupełnie nieruchome, na drugiej ruchy palców były tylko w znacznym stopniu ograniczone. W przypadku tym stósowano wcierania, wilgotne okłady z kwasu karbolowego, kąpiele i masowanie. Cierpienie było bardzo uporczywe. Po dwumiesięcznym pobycie w szpitalu, chory rozpoczął próby chodzenia, lecz stopy męczyły się przy tych próbach bardzo prędko. Chód tego chorego był bardzo charakterystycznym: wysuwał jednę nogę naprzód, opierał się na kulach, posuwał drugą nogę na palcach i nagle zmieniał sytuacyę.

Prof. Obaliński nadmienia, że obserwował podobny przypadek, ale nie było w nim opisanych przez Dra Sawickiego objawów na palcach.

XVII. Dr. Sawicki (z Warszawy): Przyczynek do etyologii wrodzonych zwichnień stawów.

Mowca demonstruje fotografije dziecka, przedstawiającego liczne zmiany patologiczne w stawach oraz mięśniach wszystkich kończyn. Matka urodziła uprzednio dwoje zdrowych dzieci; w dwa lata po drugiem urodziła trzecie, nieprawe dziecko. Ostatni poród odbył się zupełnie prawidłowo; nie można było również wykazać nic patologicznego ani w łożysku ani też w zachowaniu się pępowiny. Zmiany, obserwowane u tego dziecka polegały głównie na zwichnieniach, przykurczeniach i niedowładach kończyn. Lewa dolna kończyna była ułożona na brzuchu i piersiach i skręcona w kierunku na wewnątrz. W stawie biodrowym była *luxatio obturatoria*, ruchy w tym stawie były znacznie ograniczone. Nad krętarzem wielkim widać tylko bliznę. Podudzie zwichnięte było ku przodowi (na 13°). Stopa przedstawiała zmiany właściwe stopie kopytoszpotawej (*pes equino-varus*). Zanik mięśni na przedniej stronie podudzia był znaczniejszy, aniżeli na tylnej. Prawa kończyna dolna była w stawie udowym i kolanowym znacznie zgięta i przykurczona; ruchy w stawach tych były odpowiednio ograniczone. W kończynach górnych były również przykurczenia, znaczniejsze w prawej, aniżeli w lewej; w kiściach odgiętych ku tyłowi był niedowład. Rączki były ułożone pod brodą. Chcąc wyjaśnić etyologię powyższego przypadku, można odrazu wykluczyć uraz, *hydrops art.* i *synovitis fungosa*; również nie można przyjąć w tym przypadku za czynnik etyologiczny ucisku, jaki wywierają ściany macicy w razie nieznacznej ilości wód płodowych. Zmiany, które przedstawia przypadek, o którym mowa, nie odpowiadają również obrazowi *ataxiae congenitae* Jasińskiego. Dr. Sawicki sądzi, że w tym przypadku przyczyną, która wywołała opisane zmiany w stawach i mięśniach, była jakaś sprawa zapalna: za tem przypuszczeniem przemawia blizna nad krętarzem. Skutkiem sprawy zapalnej powstały zboczenia, które się odbiły w układzie nerwowym, i wystąpiły zmiany odżywcze.

Prof. Mars (z Krakowa) nie przypuszcza, żeby w etyologii przypadku Dra Sawickiego odgrywały jakąś rolę więzy Simonarda, które wywołują zupełnie inne zboczenia. Natomiast do wytłómaczenia powyższego przypadku wystarcza przyjąć jakąś zwykłą sprawę zapalną (ospa, odra), którą przebyło dziecko podczas życia płodowego.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VII. Wiadomości bieżące.

— Towarzystwo lekarskie krak. mianowało na posiedzeniu nadzwyczajnem odbytem w dniu 27. b. m. prof. Dra Alfreda Obalińskiego jednomyślnie swym członkiem honorowym.

— P. Minister Oświaty zamianował w porozumieniu się z p. Ministrem Spraw Wewnętrznych na rok szkolny 1893/4 dla egzaminów lekarskich w uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie odbywać się mających: komisarzem rządowym prof. Dra Lucyana Rydla, jego zastępcą prof. Dra Józefa Łazarskiego, koegzaminatorem z medycyny wewnętrznej Dra Augusta Kwaśnickiego, zastępcą jego Dra Franciszka Murdzieńskiego, koegzaminatorem z chirurgii doc. Dra Aleksandra Bossowskiego, zastępcą jego prof. Dra Alfreda Obalińskiego.

— P. Namiestnik Galicyi zwiedził temi dniami osobiście miejscowości nawiedzone cholerą wzdłuż budującego się nowego toru kolei żelaznej ze Stanisławowa do Woronianki i w pobliżu, wstępował do urządzonych umyślnie szpitali dla cholerycznych i przekonywał się sam na miejscu o stanie rzeczy i środkach użytych dla ochrony od szerzenia się epidemii. Wyjaśnienia dawali P. Namiestnikowi lekarze rządowi na miejscu przebywający Drowie Barzycki i Lachowicz, tudzież lekarze choleryczni przez Namiestnictwo galicyjskie wysłani.

— W kościele na Koszykach w Warszawie odsłoniono temi dniami pomnik ś. p. prof. Chałubińskiego. W obramowaniu poważnem, wykutem z marmuru czerwonego, ozdobionem laurami bronzowemi, mieści się tablica z białego marmuru z napisem: *Ś. p. Tytusowi Chałubińskiemu, doktorowi medycyny, profesorowi b. szkoły głównej i uniwersytetu warszawskiego, ur. w Radomiu 1. stycznia 1820, † w Zakopanem 4. listopada 1889 r. — Przyjaciele i koledzy.* U szczytu obramowania ustawiono popiersie zmarłego, wykute z marmuru kararyjskiego. Twórcą pomnika jest artysta Syrewicz. Poświęcenie pomnika nastąpi 4. listopada b. r., t. j. w rocznicę śmierci ś. p. Chałubińskiego.

— W Wiedniu ukazało się w druku zdanie sprawy ze znanych już i czytelnikom naszego pisma doświadczeń Hasterlika w pracowni prof. Strickera nad skutkiem zażywania laseczników przecinkowych cholery u 5 osób. Prof. Stricker wypowiada tam zdanie, że choroba przez zażywanie owych prątków powstała nie była cholerą azyatycką i wnosi ztąd, że prątki te nie mają znaczenia rozpoznawczego.

— W Tybindze ustanowiono klinikę chorób umysłowych i mianowano tamże profesorem psychiatryi Dra Siemerlinga z Berlina. Z uniwersytetów niemieckich nie mają jeszcze katedry psychiatryi wydziały lekarskie tylko w Roztoce, Giessenie i Kilonii.

— W sprawie założenia trzeciego uniwersytetu na Węgrzech rozwinęła się między większemi miastami węgierskiemi wielka konkurencya, objawiająca się w ofiarach materyalnych w celu uzyskania uniwersytetu. Zgromadzenie municypalne Szegedynu obiecuje w razie założenia w tem mieście uniwersytetu dać milion koron (czyli 500000 złr.) w gotówce, grunt wartośc 256000 koron a nadto przyczynić się kwotą 200000 koron dc kosztów przerobienia szpitala miejskiego na zakład kliniczny.

— Wydatki słuchacza medycyny w Londynie na opłaty za wykłady i ćwiczenia w pracowniach wynoszą przez 5 lat nauk uniwersyteckich według obliczenia *British medical Journal* od 587 do 734 funtów szterlingów, z czego na sam dyplom przypada 26 funtów szterlingów. Dochody też *Royal College of Surgeons* wydającego dyplomy uprawniające do praktyki w całej Wielkiej Brytanii wynosiły za egzamina w roku 1892 sumę 20200 funtów szterlingów.

— Otrzymali ordery: św. Stanisława I. klasy profesor fizyologii w wojenno-lekarskiej akademii w Petersburgu, książę Dr. Tarchan-Murawów a św. Włodzimierza III. klasy lekarz dywizyjny 35. dywizyi piechoty, Dr. Józef Talko.

— W zdrojowiskach kaukazkich bawiło do 22. sierpnia b. r. 5724 osób.

— **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** W półroczu letniem roku bieżącego miał Wydział lekarski 2610 słuchaczy, z czego 1703 zwyczajnych a 907 nadzwyczajnych. Największego kontyngensu dostarczyły, jak zwykle, Austrya Dolna, Morawa, Galicya, Czechy i Węgry. Z zagranicy przybywają uczniowie głównie tylko z Niemiec, Rosyi i Stanów Zjednoczonych Ameryki północnej. Inne kraje nie wchodzą w rachubę. W ogólności liczba cudzoziemców uczęszczających na wydział lekarski zmniejszyła się znacznie w ostatnich czasach. — Wkrótce ma powstać klinika propedeutyczna dla medycyny wewnętrznej w celu obznajamiania uczniów z metodami badania i wprawiania ich osobliwie w auskultacyę i perkusyę, ażeby ich w tym celu przygotować należycie do uczęszczania z korzyścią do klinik właściwych. — **Charków.** Wyasygnowano 400000 rubli na budowę nowych klinik uniwersyteckich, mającą się ukończyć w trzech latach. — Lekarz dyrekcyi teatrów Cesarskich w Petersburgu, Dr. Bogomołów mianowany profesorem nadzwyczajnym chemii lekarskiej.

— **Cholera.** Stan rzeczy w Europie nie zmienił się dotychczas; ciągle powstają nowe ogniska, ale nie przychodzi z nich do rozszerzenia się epidemii. Do takich ognisk świeżych przybył w ostatnich czasach Hamburg, gdzie pojawienie się cholery, dziwnym zbiegiem okoliczności teraz przeważnie dzieci nagabującej, przypisują — czy słusznie, później się okaże — jakimś nagle powstałym brakom w czynności filtrów wodociągowych. — W Hamburgu też wykazano laseczniki przecinkowe w kale kilku osób, które nie okazywały żadnych przypadków cholery.

— **Nekrologia.** Zmarli: W St. Johns Wood w Anglii w d. 7. b. m. urodzony 8. stycznia 1793 na Wołyniu Dr. Seweryn Wielobycki, który w roku 1845 dostał dyplom doktora medycyny i do roku 1866 zajmował się praktyką lekarską a był zawziętym przeciwnikiem napojów wyskokowych. Ilustrowane pismo londyńskie *The Graphic* umieściło wizerunek jego w numerze 1242. z dnia 16. b. m. — W Warszawie w dniu 25. b. m.

Dr. Piotr Kraszewski, uczeń uniwersytetu moskiewskiego, ordynator szpitala Dzieciątka Jezus, przeżywszy lat 58. — W Londynie Prof. Dr. Graily Hewitt w 65 r. życia, znany ze swego dzieła o ginekologii, przetłómaczonego przez Beigla na język niemiecki i wydanej niedawno rozprawy o wymiotach podczas ciąży. — W Petersburgu Dr. J. F. Balandin, dyrektor zakładu dla położnych, znany ze swych prac tyczących się miednicy kobiecej. — W Abas-Tuman (w Rosyi) Dr. Robert Wreden, jeden z najznakomitszych otyatrów i członek redakcyi petersburskiego dziennika wojenno-lekarskiego. — W Berlinie Dr. Leopold Müller, starszy lekarz sztabowy wojska niemieckiego, lekarz naczelny szpitala garnizonowego i garnizonu berlińskiego, organizator przed 20 przeszło laty Akademii lekarskiej w Tokio, dokąd jeździł na wezwanie rządu japońskiego. — W Sztokholmie w dniu 13. września w 77. roku życia Dr. Hjalmar August Abelin, znakomity pedyatra i autor wielu cennych prac z zakresu pedyatryi, publikowanych w pismach lekarskich szwedzkich i innych, członek Akademii umiejętności szwedzkiej i były profesor pedyatryi w zakładzie karolińskim w Sztokholmie. — W Szkocyi Dr. Parke w 36. roku życia, lekarz wyprawy Emina baszy, odbytej pod kierunkiem Stanleya.

— Osady Sochocin w gubernii płockiej i Lipsko w gubernii radomskiej poszukują lekarzy.

— **Konkurs**. Wydział powiatowy husiatyński rozpisał pod dniem 12 b. m. konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Probużnej. Okręg ten z 12 gmin liczy 18713 dusz na obszarze 209 klm. kwadr. Termin do wnoszenia podań 30-dniowy, płaca 500 złr., ryczałt na objazdy 350 złr. rocznie. W obowiązku lekarza leży utrzymywanie apteki domowej. Warunki zastrzeżone ustawą z 2. lutego 1891. Nr. 17. Dz. u. kr. obowiązują.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 4. października b. r. o godzinie 6. po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) wykład kol. Mayzla; 2) wykład kol. prof. Walentowicza.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 475. **KONKURS.**

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze patologii ogólnej i doświadczalnej z płacą roczną 600 złr.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 6. października 1893 r.

Kraków dnia 28. września 1893 r.

Stopczański
Pro-Dziekan Wydziału lekarskiego.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.